Ueber den

Pemphigus der Erwachsenen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Moser,
pr. Arzt.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber den

Pemphigus der Erwachsenen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Moser,
pr. Arzt.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen.

Meinen lieben Verwandten

aus Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546007_0153

Die Thatsache, dass der Pemphigus bei Erwachsenen verhältnismässig selten zur Beobachtung gelangt — innerhalb eines Zeitraumes von 13 Jahren, vom Jahre 1865—1877 kamen in dem k. k. Krankenhaus zu Wien unter 278.952 Kranken des Spitals überhaupt und 30.362 Hautkranken nur 103 Pemphigusfälle zur Behandlung (Eulenburg) — dass ferner über die Aetiologie dieser Erkrankung bis jetzt noch keine sicheren, sondern nur wahrscheinliche Anhaltspunkte gegeben sind, rechtfertigt gewiss die Veröffentlichung eines weiteren Falles, der von mir vor wenigen Wochen beobachtet wurde und in mancher Beziehung von Interesse sein dürfte. Er bestätigt vielleicht manches, was bisher nur vermutet wurde.

Bevor ich jedoch meine Beobachtungen hier anführe, sei es mir gestattet, mich zunächst über den Pemphigus im allgemeinen näher zu verbreiten.

Mit dem Worte Pemphigus bezeichnen wir eine Erkrankung der allgemeinen Decke und der angrenzenden Schleimhäute, welche sich teils in dem continuierlichen, teils in dem periodischen Auftreten von Blasen kund gibt.

Dass derartige Blasenausschläge, die den bei Verbrennungen 2. Grades entstandenen sehr ähnlich sind, schon unseren Vorfahren bekannt waren, sehen wir aus den Aufzeichnungen des Hippokrates, der einmal Phlyctenides erwähnt, womit höchst wahrscheinlich Blasenbildungen gemeint waren, welche unseren Pemphiguseruptionen identisch sind. Andere für unseren Pemphigus gebräuchliche Benennungen waren „Pompholix“ (Gorracus), „Hydatides“ (Lepois), „Morta“ (nach Linné), „Febris bullosa“ (nach Vogel), „Febris vesicatoria“ (nach Macbridge), bis schliesslich Sauvages einzig und allein

den Namen Pemphigus zur Geltung brachte. Diese, sowie noch andere vorher üblichen Benennungen, ferner die weitere Klassifikation des Pemphigus in einen Pemphigus major, castrensis, helveticus, indicus, brasiliensis, apyreticus, vulgaris, contagiosus, infantilis, pruriginosus etc., lässt klar und deutlich erkennen, dass man über das Wesen dieses Leidens sehr im unklaren war. Das Verdienst, eine genauere Einteilung gegeben zu haben, gebührt Wichmann (Beitrag zur Lehre des Pemphigus, Erfurt 1790), der den Pemphigus acutus (Febris bullosa) von dem Pemphigus chronicus unterschied, welch' letzterer nach seiner Ansicht als der eigentliche Pemphigus angesehen werden müsste. Seit dieser Zeit wurde im allgemeinen an dieser Unterscheidung festgehalten.

Wenn nun auch Hebra, der „noch nie so glücklich gewesen ist, trotz der persönlichen Beobachtnng von ungefähr 200 Pemphiguskranken, einen akuten, typisch nach Art der akuten Exantheme verlaufenden Fall zu beobachten", das Vorkommen eines akuten Pemphigus in Abrede stellt, ferner auch Kaposi mangels eigener Beobachtung sich zu den von anderen Aerzten, wie Thomas, Moldenhauer u. A., speziell unter Kindern beobachteten Pemphigusepidemien, sowie zu einigen veröffentlichten Fällen von Pemphigus acutus bei Erwachsenen reserviert verhält, so wird andererseits wieder dessen Existenz nicht mehr bezweifelt (Ziemssen, H. v., Handbuch der Hautkrankheiten, Leipzig 1884, 1. Teil; Lesser E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1892, 1. Teil.)

Verschiedene Autoren (Penzoldt-Stintzing, Lesser, Eichhorst) erklären den Pemphigus acutus für eine Infektionskrankheit, obwohl es bis jetzt noch nicht gelungen ist, mit Sicherheit einen spezifischen Krankheitserreger nachzuweisen.

Von diesem akuten Pemphigus unterscheidet man den chronischen Pemphigus, der wieder in die beiden Unterabteilungen, den Pemphigus vulgaris, diejenige Form, bei der

Heilungstendenz ohne Narbenbildung sich zeigt, und in den Pemphigus foliaceus geschieden wird, bei dem keine Neigung zur Heilung, sondern stetiges Fortschreiten des Krankheitsprozesses ohne Ueberhäutung besteht. Der Pemphigus vulgaris kann wieder gutartig verlaufen (Pemphigus vulgaris benignus) oder bösartigen Charakter annehmen (Pemphigus vulgaris malignus) resp. in den Pemphigus foliaceus übergehen.

Wenn wir uns ein genaueres Bild von dieser Krankheit machen wollen, so müssen wir den Beginn, den Verlauf und den Ausgang, wie wir ihn bei der chronischen Form verfolgen können, zu Grunde legen. Mit oder ohne Vorboten, wie Appetitlosigkeit, Mattigkeit, bilden sich meist unter Schüttelfrost und Fiebererscheinungen, Uebelkeit, Aufstossen oder Erbrechen, teils nach vorangegangenem Juckreiz oder Brennen der Haut, teils aber auch ohne die letztgenannten Symptome, an einzelnen Stellen der Haut auf normaler, zuweilen aber auch vorher geröteter, Basis Blasen von Stecknadelkopf- bis Taubeneigrösse, die zum Teil einzeln (Pemphigus solitarius), zum Teil dicht gedrängt beisammen stehen (Pemphigus confertus), oft aber auch vereinzelt, jedoch zahlreich zerstreut angetroffen werden (Pemphigus disseminatus). Man findet solche Blasen manchmal auch auf einzelne Hautabschnitte beschränkt (Pemphigus localis). Dicht gedrängt stehende Blasen können confluieren und so zu einer einzigen bis handtellergrossen Blase Veranlassung geben. Bilden sich um eine ältere Blase neue, so sprechen wir von einem Pemphigus circinatus. Die einzelnen Blasen schiessen rasch auf, sind beim Pemphigus acutus und vulgaris prall gefüllt (beim Pemphigus foliaceus hingegen schlapp), haben grösstenteils keinen, zuweilen aber auch einen schmalen, blassroten Hof (Halo), und breiten sich continuierlich oder periodisch über den grössten Teil der Hautoberfläche aus, so dass man oft sämtliche Entwickelungs- und Rückbildungsstadien der Blasen gleichzeitig zu Gesicht erhält.

Der anfangs weingelbe Inhalt einer Blase wird, wenn er sich nicht von selbst entleert oder künstlich entfernt wird, alsbald trüb, eitrig, eventuell hämorrhagisch. Die Efflorescenzen trocknen entweder ein, was jedoch nicht die Regel ist, oder es tritt, wenn die Blasendecke nicht erhalten werden kann, nach deren Entfernung die rote, stark secernierende Reteschicht zu Tage. Zeigt sich dieser Vorgang an grösseren Hautpartien, so sieht der Kranke an diesen Stellen oft wie „geschunden“ aus. Die einzelnen Blasen und Blasengruppen haben oft eine bestimmte Lokalisation; in vielen Fällen ist auch eine auffallende symmetrische Anordnung derselben nicht zu verkennen. Hiebei kann man wieder Schlangenlinien der Blasen (Pemphigus serpiginosus) oder Kreisformation derselben (Pemphigus gyratus) zu Gesicht bekommen. Die Rückbildung derselben erfolgt unter einer schützenden Borke, meist jedoch ohne dieselbe, durch Ueberkleidung der Blasenbasis mit junger Epidermis; es erhält die Haut an dieser Stelle ein livides Aussehen.

Was die Gestalt der Blasen anlangt, so sei hier noch erwähnt, dass der grösste Teil derselben eine rundliche, manche auch eine längliche Form zeigen.

Ausser dem bereits erwähnten Juckreiz, der zuweilen sehr stark und lästig werden kann (Pemphigus pruriginosus) und zeitweiligem Brennen finden wir als weitere subjektive Symptome: vermehrtes Durstgefühl, Hitzegefühl in der Haut, Spannungsgefühl daselbst bei grossen Blasen, Appetitlosigkeit, nervöse Alteration, anhaltende beunruhigende Schlaflosigkeit; meist Stuhlverhaltung und Verminderung der Harnsekretion. Sind ausserdem noch stärkere Fiebererscheinungen vorhanden, so werden die Kranken zusehends schwächer, magern in hohem Grade ab und zwar um so rascher, wenn mit dieser Krankheit noch andere Hand in Hand gehen.

Erfolgen die Eruptionen in grosser Anzahl rasch nach einander ohne Unterbrechung mit den für die akuten Exan-

theme resp. Infektionskrankheiten ekarakteristischen Symptomen, so haben wir einen Pemphigus acutus vor uns, der nach 3—4 Wochen, meist aber schon früher, letal endet, oder, ohne Narbenbildung und ohne Nachschub, zur Heilung gelangt. Tritt nach 2—6 monatlicher Dauer bei kontinuierlichem oder periodischem Verlauf Heilung ein, dann können wir diese Fälle zu den chronischen gut verlaufenden Fällen (Pemphigus vulgaris benignus) rechnen; hieher gehören auch die Fälle, bei welchen nach derartigem Verlauf in kürzeren oder längeren Zwischenräumen ohne besonders schwere Schädigungen Jahre lang neue Eruptionsperioden auftreten. Eälle mit kontinuierlichem starken Blasenausbruch unter schweren Fiebererscheinungen, starkem Kräfteverfall event. mit Uebergang in den Pemphigus foliaceus, der sich durch schlappe Blasen und den Mangel der Ueberhäutung kennzeichnet, sind den malignen Formen zuzuzählen.

Zu diesen beiden meist tödlich endenden Formen gehört noch der Pemphigus vegetans, bei welchem an Stelle der Blasen drusige Wundflächen entstehen.

Nach Kaposi dürften nicht 10% aller Fälle von Pemphigus dauernd genesen.

Nachdem wir nun die Verlaufsweise der Krankheit kennen gelernt haben, erübrigt noch die Frage, wie diese Blasenbildung denn zu stande kommt.

Die Blasen, welche, wie wir gesehen haben, rasch emporschiessen und grösstenteils auf normaler Haut entstanden zu sein scheinen, bilden sich nun in der Weise, dass die jüngeren Epidermislagen (Stachelzellen) sekundär, vermutlich durch Nervenwirkung (Kopp) mit einem Schlage zerstört werden und zwar durch eine Flüssigkeit, welche in Masse aus den Lederhautgefässen heraustretend die Epidermis als Ganzes in einem umschriebenen Herde in die Höhe hebt und deren Trennung von der Lederhautoberfläche bewirkt (Ziemssen, Handbuch). Die Decke der Blase wird dann von den obersten Hornhautzellen (stratum lucidum und corneum)

gebildet, die Basis erscheint als ein langfächeriges Rete mit platten Zellen. An der Innenfläche der Blasendecke finden sich nicht selten abgerissene Teilchen der Haarbälge als Anhänge vor. Der Blaseninhalt ist nach Bamberger (Würzb. Med. Zeitschrift 1860) ein ziemlich getreuer Abdruck des Blutserums und unterscheidet sich von demselben in quantitativer Beziehung nur durch den Eiweissgehalt.

Bevor ich nun den wichtigsten Teil in der Besprechung des Pemphigus, die viel umstrittene Aetiologie, einer näheren Betrachtung unterziehe, sei es mir gewährt, zunächst die in den Jahresberichten des k. k. Krankenhauses zu Wien aus den Jahren 1880 bis inkl. 1890 angeführten Pemphigusfälle in Kürze wiederzugeben, um an der Hand derselben, sowie bei gleichzeitiger Berücksichtigung des von mir beobachteten, anschliessend zu erwähnenden Falles, die aetiologisch wichtigen Momente einer genaueren Beleuchtung zu unterstellen.

Jahr 1880.

1. Mann mit Blasen im Gesicht, auf dem Handrücken und linken Fuss. Geheilt. P. v.

2. D. S. Müller, 38 J., ungeheilt entl. P. v.

3. E. P., 68 J., Privatier, schon im Jahre 1879 in Behandlung. Blasen an der Innenfläche der Oberschenkel. Gebessert entl. P. v.

4. F. Z., 46 J., Taglöhner, Lenden- und Kreuzschmerzen. Geheilt entl. P. v.

5. M., 59 J., m. Litt an intensiven Nachtschweissen; an den oberen Augenlidern ziemlich symmetrisch angeordnete Bläschen, ebenso auf beiden Schultern symmetrisch geordnete Krusten. Blasen an der Innenfläche beider Oberschenkel. P. v.

6. S. S., 30 J., Taglöhner. An den beiden inneren Oberschenkelflächen symmetrisch situierte serpiginös verlaufende Blasen. Geheilt entl. nach 226 Tagen. P. serpiginosus.

7. S. K., 61 J., Pfründnerin. Exitus. Obduktionsbefund: P. serpiginosus, fettige Degeneration im Herzfleisch, Obesitas universalis.

8. S. E., Webersgattin, 56 J. Schlecht genährt. Exitus. Obduktionsbefund: Hirn blass, zäh, mässig ödematös, blasse Meningen, hanfkorngrosse verkalkte Herde, spärlich zerstreut, in beiden Lungen, circumskripte Schwielen an der rechten Lungenspitze. Ausgebreitete Verkalkung in den Mesenteriallymphdrüsen. Mannsfaustgrosses Myofibrom an der hinteren Uteruswand, mehrere walnussgrosse an der vorderen. Universeller Marasmus. P. serpig.

9. D. A., 34 J., Schneidersgattin. Einer anderen Abteilung überwiesen. P. pruriginosus.

10. C. G., Drechslergehilfe, 41 J. Geheilt entl. P. pruriginos.

11. Kaufmannstochter, 18 J. P. foliaceus. Exitus. Keine Sektion.

Jahr 1881.

12. F. S., 77 J., Pfründner. P. prurig.

13. G. C., 42 J., m. Schon 1880 in Behandlung (Fall 10 vom vorig. Jahr). Auffallende symmetrische Anordnung der Efflorescenzen, namentlich symmetrisches Auftreten der Nachschübe, Milz- und Leberdämpfung vergrössert. Hochgradige Abmagerung. Exitus letalis. Obductionsbefund: Tuberculöse Phthise an den Oberlappen beider Lungen, tuberkulöse Geschwüre im Ileum und Cöcum. Chronischer Katarrh des Magens und Darms. Serofibrinöse Peritonitis. Carcinom an den Lymphdrüsen der rechten Halsseite. Cirrhose der Leber, Milz und Nieren. Hochgradiger universeller Marasmus. P. prurig.

14. F. W., Schuster. Gebessert entl. P. v.

15. S. M., 53 J., Taglöhner. Schon öfter wegen P. in Behandlung. Geheilt. P. v.

16. M. F., 50 J., Kaufmannsgattin. Exitus. Obduktion verweigert. P. v.

Jahr 1882.

17. Frau, 62 J. Leidet seit 2 Jahren an P. prurig. Gebessert entl. P. pr.

18. D. W., 50 J., Polizeiagent. Erkrankte am 28. X. 82 an Schüttelfrost; am folgeuden Morgen Blasen an der Brust und in den Achselhöhlen. Täglich abends Fieber und Blasennachschübe. Verlor den Appetit, fühlte sich schwächer, war schlaflos und magerte ab.

Status praesens v. 7. XI. 82. Grosser Mann von kräftigem Körperbau, noch ziemlich gut genährt. Potator. Kolorit fahl, Schleimhäute blass. An den inneren Organen keine Veränderung. Am ganzen Körper mit Krusten belegte Plaques als Reste älterer Blasen. In der Bauchgegend, an den inneren Oberschenkelflächen und an beiden Armen sieht man in symmetrischer Anordnung isolierte haselnuss- bis hühnereigrosse Blasen mit durchsichtigem und eitrigem Inhalt; nebst diesen an denselben Orten, an der Brust und beiden Unterschenkeln grössere Plaques, welche am Rande frische serpiginös und circinär gestellte Blasen aufweisen, während die centralen Teile mit Schuppen bedeckt sind. Alle Blasen sind von schmalen verwaschenen hellroten Säumen umgeben; zwischen den beschriebenen Efflorescenzen finden sich ausserdem noch vereinzelte rundliche Erythemflecke von Kreuzergrösse und darüber. An beiden Oberarmen und am Genitale sitzen die sehr zahlreichen Blasen auf einer diffus geschwellten und entzündlich geröteten Haut auf. Daselbst sind auch viele Blasen geplatzt und findet abundande Sekretion statt. Handflächen und Fusssohlen frei. Hautreflexe und Sensibilität etwas erhöht. Sehnenreflexe normal. Temp. 37,6. Harn eiweissfrei. Stuhlretention seit 7 Tagen. Am 10. Nov. leichte Temperaturerhöhung 37,9—38,1. Kontinuierliches Bad. 14. Nov.: Haselnussgrosse Blasen am Stamm und in der Kniegegend in symmetrischer Anordnung. 15. Nov.: Delirium potatorum, Fluchtversuche. Cognac. Dann keine Fiebersteigerung mehr. Blasennachschübe; grosse Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Delirien. 4. Dez.: Collaps und Tod. Obduktion nicht erwähnt. P. v.

Jahr 1883.

19. L. R., 72 J., Bedienerin, schwächlich, herabgekommen, Gesicht, Flachhand und Fusssohlen vollständig frei. Tod. Obduktionsbefund: Keine wesentliche Veränderung der inneren Organe. P. v.

20. H. I., 78 J., Hüter. Schlechter Ernährungszustand. Normale Temperatur. Gebessert, P. v.

21. P. A., 28 J., w. Ausschlag seit 2½ Jahren. Geheilt. P. v.

22. D. I., 41 J., Taglöhner; leidet seit 13 Jahren an P. Gesund aussehend. Potator. Kein abnormer Befund der inneren Organe. Später gestörtes Allgemeinbefinden. Schlaflosigkeit. Gebessert entl. P. v.

23. R. I., 35 J., Taglöhnerin; leidet seit 3 Jahren; kräftig, wohlgenährt. Geheilt entl. P. v.

24. A. A., 52 J., w., leidet an P. seit 5 Monaten. Ungeheilt entl. P. v.

25. S. Fr., 47 J., m.. schwächlich, blass und mager. Auf seiner Haut finden sich Blasen in beinahe symmetrischer Anordnung. Exitus. Die Obduktion ergab: Pemphigus chronicus, Phthisis pulmonum.

Jahr 1884.

26. W. T., 70 J., m., marantisch. Collaps, Exitus. Obduktionsbefund: Pemph. vulgaris, Marasmus.

27. T. Ch., 53 J., m. Mässig genährt, kräftig gebaut. Exitus. Keine Obduktion.

28. Str. A., 18 J., m., schlecht genährt. Geheilt entlassen. P. v.

29. B. W., 74 J., m. Schlecht genährt, kachektisch, Atheromatose; an den Knien Erythemflecke. Exitus letal. Obduktionsbefund: Meningitis chronica in potatore, concretio pericardii cum corde, degeneratio myocardii adiposa cum dilatatione passiva cordis, endarteriitis deformans aortae, steatosis hepatis, catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus, emphysema pulmonum. P. v.

30. B. W., 51 J., m. Coma, Lungenödem. Exitus letalis. Obduktionsbefund: Herzfleisch- und Leberverfettung, Lungen- und Gehirnhyperaemie in potatore. P. v.

31. B. A., 51 J., w. Gebessert entl. P. v.

32. K. F., 45 J., m. Tonische Krämpfe. Exitus letal. Obduktionsbefund: Keine Anomalien. P. v.

Jahr 1885.

33. K. D., 69 J., Vorbeter; seit 3 Monaten an P. leidend. Exitus. Obduktionsbefund negativ. P. v.

34. A. B., 22 J., Färbergehilfe. Heilung P. v.

35. W. B., 16 J., w. Keine nervöse Belastung; sehr leicht erregbar; Hautdecken druckempfindlich. Sensibilität gestört; Angst, Beklemmungsgefühl, Hallucinationen. Heilung P. hystericus.

36. Sp. A., w., 42 J. Heilung. P. v.

37. E. J., 36 J., m. Ueberführt wegen Pleuritis. P. v.

38. M. J., 71 J., m. An den Füssen serpiginöses Erythem. Ungeheilt entl. P. v.

Jahr 1886.

39. H. A., 70 J., m. Schon seit 3 Jahren an P. erkrankt. Tremor senilis; innere Ogane normal. Besserung. P. v.

40. R. C., 64 J., Taglöhnerin. 1 Jahr krank an P. Exitus let. Obduktionsbefund: Pleuropneumonie, Nephritis.

41. L. W., 22 J., Handarbeiterin. P. v.

42. K. J., 26 J., Schuhmachergehilfe. Erkrankte 5 Tage vor seiner Aufnahme mit Schüttelfrost und Verdauungsbeschwerden. Rasches Aufschiessen der Blasen. Symmetrische Anordnung an den Oberschenkeln; die Haut über beide Kniescheiben von einem Erythema annulare confluens bedeckt, ebenso der Fussrücken, wo dasselbe serpiginöse Begrenzung zeigt. Heilung. P. serpig.

43. T. A., 11 J., w. Geheilt entl. w. P. v.

44. M. N., 31 J., w. P. v.

Jahr 1887.

45. Sp. J., 48 J., m. Tub. pulmonum. Pleuritis dextra, Magendilatation. P. v.

46. K. F., 73 J., m. Exitus letal. infolge von Marasmus. P. pruriginosus. Keine Obduktion.

47. M. Ab., 18 J., w. Besserung. P. v.

48. L. K., 54 J., w. Erythema circinatum am Hals, Stamm und den Extremitäten, welches den aufschiessenden Pemphigusefflorescenzen als Basis diente. Gebessert entl. P. v.

Jahr 1888.

49. S. V., 51 J., m. Geheilt. P. v.

50. A. K., 22 J., m. Pemphigus et Lupus vulgaris. Gebessert. P. v.

51. B. L., 49 J., m. Schon früher einmal wegen Pemphigus in Behandlung und geheilt entlassen. Innere Organe normal. Gebessert. P. v.

52. T. J., 43 J., m. Temp. 38,2. P. v.

53. M. C., 28 J., w. Beginn vor 9 Monaten; sehr herabgekommen; heftiges Jucken; sehr unruhig; schlaflose Nächte. Exitus letal. Obduktionsbefund: P. foliaceus, Hyperaemia pulmonum et renum, Bronchitis.

54. L. K., 55 J., w. Schon zweimal (das letzte Mal 1887) in Behandlung wegen P. Gebessert. P. v.

55. B. M., 38 J., w. Wegen P. schon zum 3. Mal aufgenommen. Carcinoma uteri; schwächlicher Bau; schlechte Ernährung. Sitz der Efflorescenzen hauptsächlich an der Streckseite. P. v.

Jahr 1889.

56. T. B., w. Innere Organe normal. Gebessert P. v.

57. J. F., 18 J., w. Beginn vor 3 Jahren; geheilt nach 10 Wochen. P. v.

58. M. J., 61 J., m. Beginn vor 1½ Jahren; kein Jucken, kein Fieber; stark abgemagert; phthisischer Habitus, hochgradiger Marasmus. Exitus letal. Obduktionsbe-

fund: Tuberculosis inveterata apicis pulmonum, pneumonia inferior dextra cum gangraena.

Jahr 1890.

59. T. O., 11 J., m. Temperat. 38,0—39,5. Sensorium oft benommen, Delirien P. v.

60. A. H., 26 J., m. Heilung. Nach 8 Tagen traten jedoch wieder Blasen auf. P. prurig.

61. L. B., 50 J., Virt. P. seit 6 Jahren; 3—4 monatliche Pausen. Praedilektionsstellen: Rücken, innere Fläche der Oberschenkel. Heilung. P. v.

62. A. P., 44 J., m. Beginn vor 2 Monaten. Fieberfrei. Besserung. P. circinatus.

63. J. B., m. Besserung. P. universalis foliaceus.

64. S. A., 34 J., w. Sitz: Innenfläche der Oberschenkel. Exitus letalis. Keine Obduktion. P. vegetans.

65. R. E., 42 J., w. Litt an Migräne und nervösen Anfällen. Appetit schlecht. Schlaflosigkeit. Innere Organe normal. Besserung. P. circinatus pruriginosus.

66. F. S., 48 J., w. Innere Organe normal. P. vulg.

67. A. B., 35 J., w.; leidet seit 1882 an P. Besserung. P. pruriginosus.

68. K. B., 43 J., w. Innere Organe normal. Heilung. P. circinatus.

Unter diesen 68 Fällen habe ich die Krankengeschichte des Polizeiagenten D. W. (18. Fall) genau wiedergegeben, weil gerade dieser Fall mit dem nun folgenden von mir beobachteten in fast allen Punkten übereinstimmt. Im übrigen habe ich den Krankheitsberichten nur das Wesentlichste entnommen, die Sektionsbefunde jedoch genau angefügt.

K. H., 43 Jahre alt, Privatier von P., dessen Eltern noch leben und sich bester Gesundheit erfreuen, war bis vor nahezu $3^1/_2$ Jahren immer gesund, bekam aber zu genannter Zeit angeblich nach vorhergegangener stärkerer Anstrengung

eine Neuritis alcoholica mit Parese des rechten Arms, die eine fast 2 monatliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, nach dieser Zeit jedoch wieder verschwand. Vor und nach dieser Erkrankung hatte Patient über Appetitlosigkeit und unruhigen Schlaf zu klagen und es wurden auch während des Schlafes häufig plötzliche Zuckungen des ganzen Körpers von den Angehörigen beobachtet. Zwischen dem 3. und 4. September ds. Js. traten nun nach vorausgegangenem Mattigkeitsgefühl plötzlich Blasen an der Innenfläche der Oberschenkel auf, und zwar unter Schüttelfrost, denen der Kranke jedoch keine besondere Beachtung schenkte, so dass er sich sogar noch zu einer längeren Fahrt entschloss. Durch die Berührung mit den Kleidern und den benachbarten Hautpartien kamen die Blasen jedoch baldigst zum Platzen, und es bildeten sich nässende Wundflächen, welche den Kranken nötigten, das Bett aufzusuchen. Bei dem Entkleiden bemerkte man nun auch Blasen an den Oberarmen und am Rücken. Solche Efflorescenzen schossen dann auch noch am Hals, an der Brust und am Abdomen auf und zeigten sich auch vereinzelt an den beiden Handgelenken. Dabei fehlte der Appetit vollständig, die folgenden Nächte waren schlaflos und der Patient scheute sich Bewegungen zu machen, da die Blasen schon teilweise ihrer Decke beraubt waren, die excoriierten Stellen mit dem Hemde verklebten und bei jeder Lageveränderung durch das unvermeidliche Losreissen des angeklebten Hemdes dem Kranken Schmerzen bereitet wurden. Die Blasen wurden geöffnet, mit Puder bestreut und die excoriierten Stellen mit Lassarscher Salbe bedeckt.

Status praesens am 7. Nov. 1896:

Grosser Mann mit mässig entwickelter Muskulatur und bleicher Gesichtsfarbe. Am Hals, auf der Brust und dem Abdomen (Mittellinie) vereinzelt stehende erbsen- bis fingernagelgrosse, teils prall gefüllte Blasen mit hellgelbem, teils solche mit getrübtem Inhalt; einige derselben hatten ihre

Decke schon verloren, so dass die stark secernierende Reteschicht frei dalag. An der Aussenseite beider Oberarme im Bereich des Musculus deltoides mehrere taubeneigrosse, der Epidermis beraubte, stark nässende Plaques, in deren Umgebung teils dicht gedrängt, teils einzeln stehend frische mit hellgelbem, sowie ältere mit bereits getrübtem resp. eitrigem Inhalt prall gefüllte bis kirschgrosse Blasen, von denen manche konfluierten. Zwischen denselben wieder einzelne erbsen- bis haselnussgrosse der Hornhaut beraubte nässende Stellen.

Ein ähnliches Bild, nur mit dem Unterschiede, dass hier noch grössere Plaques und Blasen mit zahlreichen kleinen abwechselten, liess sich auf beiden Schulterblättern und den seitlichen Partien des Rückens konstatieren. Dass in der ganzen Anordnung der Pemphiguseruptionen, namentlich an den beiden Aussenflächen der Oberarme und den Schulterblättern eine gewisse Symmetrie lag, war nicht zu leugnen; an dem Rücken war dieselbe wiederum nicht so in die Augen springend, als an der Innenfläche beider Oberschenkel, an denen bereits die meisten, hier dicht gedrängten Blasen ihrer schützenden Decke verlustig gegangen waren, so dass wir an diesen Stellen nur mehr je eine handtellergrosse, rote, an einzelnen Partien mit geronnenem Blut bedeckte excorierte Fläche vor Augen hatten. Auch an den beiden Handgelenken waren an den Beugeseiten einzelne Blasen sichtbar. Solche sassen auch auf der Haut über der rechten Achillessehne. Frei waren der behaarte Kopf, das Gesicht, die Innenfläche, sowie das ganze untere Drittel der Oberarme, das Ellbogengelenk, die Vorderarme beiderseits, die Streckseite beider Handgelenke, Hände, Aussen- und Vorderfläche beider Oberschenkel, Kniee, Unterschenkel, bis auf die Gegend der rechten Achillessehne, Füsse und Nates, sodann die Schleimhäute. Herztöne regelmässig aber schwach, Leberdämpfung vergrössert. Stuhl angehalten, Appetit schlecht, Durst vermehrt; mässiges Jucken und Spannungsgefühl.

Therapie: Innerlich: reichliche Mengen Alkohol (Sekt, Cognac, Wein), Bouillon mit Ei, Milch, Eier. Als Getränk Apollinaris; örtlich: Aufstechen der Blasen, Einpudern derselben und Bedeckung der excoriierten Partien mit Salbe. Im Laufe des Tages traten zahlreiche Nachschübe, namentlich an den Oberarmen und Schulterblättern auf. Der Verband musste täglich mehrmals gewechselt werden. Da die Nächte bisher schlaflos für den Patienten verliefen, erhält Pat. abends eine Morph.-Injection (0,015).

Dienstag d. 8. IX. 96.

Unruhige schlaflose Nacht; haselnussgrosse Blase an der Glans penis, eine längliche an der Innenfläche des Praeputiums. Frische Eruptionen an den bereits befallenen Hautpartien in grosser Menge; einige Bläschen zeigen sich auch an den bis jetzt freien Abschnitten der Oberarme und an den Nates. Temperatur 39,8 (mittags). Nach Verabreichung eines Clysmas und reichlicher Stuhlentleerung wird Pat. in das permanente Bad von 30° gebracht, in dem er wegen unbequemer Lage (zu kurze Wanne, so dass Kniee und Schultern nicht gleichmässig unter Wasser gehalten werden konnten) jedoch nur von $5^1/_2$—$10^1/_2$ Uhr abends verbleibt. Nachdem er abgetrocknet, Behandlung wie bisher, Morph.-Inject. (0,02). Pulsfrequenz erhöht (102). Puls schwächer und kleiner, jedoch regelmässig.

Mittwoch, den 9. IX. 96.

Trotzdem im Laufe der Nacht noch 2 weitere Morph.-Pulver à 0,015 (Pat. scheint an Morph. bereits gewöhnt zu sein) genommen wurden und trotz des Bades kein Schlaf. Morgentemperatur 37,9 in der Achselhöhle. Pulsfrequenz 86. Im Laufe der Nacht neue Nachschübe an den Nates, Handgelenken, Oberarmen, am rechten Knie, weniger mehr am Rücken. Pat. fühlt sich selbst recht elend und ist meist sehr erregt; häufig Aufstossen, spontane Urinentleerung; Urin hochgestellt. Statt der Salbenverbände wird Zinksalbenmull verwendet. Therapie im übrigen die gleiche. Erwähnen

möchte ich noch nachträglich, dass der Urin eiweiss- und zuckerfrei befunden wurde. Abendtemperatur 38,9.

Donnerstag, den 10. IX. 96.

Schlaflose Nacht trotz Morphium. Delirien und gegen Mittag Hallucinationen. An den Ellbogengelenken (Streckseite) auf vorher erythematösen scharf umschriebenen Stellen Blasenbildung. Innenfläche der Oberschenkel und Nates erscheinen in beträchtlicher Ausdehnung wie geschunden, zeitweise blutend. Morgens Morph.-Inject. 0,02. Starker Juckreiz an Brust und Armen, namentlich gegen Abend. Von Zeit zu Zeit kann man plötzliche Zuckungen des ganzen Körpers beobachten. Gegen Abend 2 Morph.-Inject. (0,02).

Nachdem eine passende Wanne verschafft, wird Pat. abermals ins Bad gebracht, in welchem er die ganze Nacht verbleibt. Daselbst ist er viel ruhiger, schlummert zeitweise, bis ihn plötzliche Zuckungen wecken.

Freitag, den 11. IX. 96.

Starke Delirien und Hallucinationen. Greifen mit den Händen, Zuckungen. Ist nicht mehr im Bad zu halten. Temperatur 37,9 nach dem Bad, Puls 104. Verfolgungsideen. Von 11—1½ Uhr Schlummer; während desselben neben den periodischen Zuckungen des ganzen Körpers auch fibrilläre Zuckungen im Gesicht. Pat. nach dem Erwachen ruhiger als bisher, kann sich jedoch in seinem Zimmer nicht orientieren, weiss nicht, ob er noch im Bade oder im Bett ist, halluciniert. An der Innenseite beider Füsse, zumeist aber des rechten, symmetrisch gestellte, eine Linie vom inneren Knöchel bis zur grossen Zehe bildende, Blasen von durchschnittlich Kirschkerngrösse, teils auf scheinbar intakter Haut, teils auf mässig infiltrierter und geröteter Basis entstanden. Zugleich ein Erythema annulare über dem linken Knie, so dass jetzt beide Kniescheiben wie mit einer Kappe bedeckt zu sein scheinen. Deren Umgebung blieb vollständig frei von Blasen. Abends Chloralhydrat 2 gr. Nach einigen

Stunden erfolgt dann ein von ungefähr 2 Uhr bis 7 Uhr früh dauernder ruhiger Schlaf.

Samstag, den 12. IX. 96.

Morgentemperatur 38,2; Pulsfrequenz 94. Bad von 30° Wärme. Während desselben wieder Delirien, Zähneknirschen, Zuckungen des Körpers und Bewegungen der Finger, als ob Patient Geld zählen wolle. Derselbe steckt sich in Gedanken manchmal auch eine Cigarre an, spricht fortwährend, singt, klagt nicht. Zeitweise Hustenreiz. Dauer des Bades zwei Stunden. Spontane Urinentleerung. Stuhl seit einigen Tagen angehalten. Lungenbefund: R. H. U. Schallverkürzung, nirgends Geräusche. Pat. versucht zeitweilig das Bett zu verlassen.

Sonntag, d. 13. IX. 96.

Morgentemperatur 37,5. Puls 96. Auf der Stirn eine scharf umschriebene Rötung von Fünfmarkstückgrösse, jedoch etwas länglicher Form mit leichter Erhebung über das Hautniveau und glänzender Oberfläche. Nach einigen Stunden erhebt sich in deren Mitte eine ungefähr welschnussgrosse pralle Blase. Die gerötete Umgebung derselben blieb blasenfrei. Delirien vorüber. Stimmung des P. zuweilen auffallend heiter, das Orientierungsvermögen fehlt immer noch. Clysma, Bad (30°) von 9 Uhr morgens bis 3½. Nachschübe am Skrotum und den Handgelenken; am linken eine fast thalergrosse Blase. Rücken geheilt.

Montag, den 14. IX. 96.

Kein Schlaf obwohl am Sonntag Abend 2 gr Chloralhydrat gegeben wurden. Die auf dem Erythema annulare des linken Knies indessen entstandenen Blasen werden haemorrhagisch. Nach dem Bad starkes Kältegefühl in den Füssen. Von Zeit zu Zeit empfindet der Kranke auch neuralgische Schmerzen in Händen und Füssen. Abends 3 gr. Chloralhydrat.

Dienstag, den 15. IX. 96.

Keine Nachtruhe. Pat. fühlt sich sehr schwach und

ist stark abgemagert. Morg.-Temp. 37,8. Blasenausbrüche an der unteren behaarten Grenze des Hinterhaupts sowie über der linken Achillessehne in gleicher Ausdehnung wie rechterseits. Die Innenflächen der Oberschenkel erscheinen blaurot, trockener, während die Nates noch reichlich secernieren und leicht bluten. 3stündiges Bad. Sensorium frei. Abd.-Temp. 38,8. 3 gr Chloralhydrat ohne Erfolg.

Mittwoch, den 16. IX. 96.

Morg.-Temp. 37,4; neue Bläschen am Skrotum. Je ein ungefähr linsengrosses Bläschen in der Interdigitalfalte zwischen dem kleinen Finger und Goldfinger beiderseits. Bad von 3 Stunden Dauer. Nach dem Bad wie immer Verband. Abd.-Temp. 38,1. 3 gr. Chloralhydrat wirkungslos.

Donnerstag, d. 17. IX. 96.

Morg.-Temp. 37,5. Keine Nachschübe. Allerseits grosse Neigung zur Ueberhäutung. 2 Stunden Bad. Abd.-Temp. 37,3. Schlaflose Nacht.

Freitag, d. 18. IX. 96.

Pat. fühlt sich wohler, kann sich besser bewegen, nimmt heute etwas feste Nahrung. Nach Verabfolgung von Cascara sagrada-Pastillen Abführen; kein Fieber, keine neue Blaseneruptionen. Immer noch heftiges Jucken an den Armen. Schlaflose Nacht. Neuralgien.

Samstag, den 19. IX. 96.

Erbsengrosse Blase am Skrotum. Auch durch Sulfonal konnte kein Schlaf erzielt werden.

Sonntag, den 20. IX. 96.

Frische Blase am Praeputium; mehrere Bläschen zwischen der grossen und 2. Zehe beiderseits symmetrisch situiert. 3 gr Chloralhydrat. 1stündiges Bad.

Montag, den 21. IX, 96.

Appetit vermehrt. Allgemeinbefinden gut. Pat. fieberfrei. Mit Ausnahme des linken Kniegelenks, das an der Streckseite noch mit eingetrockneten haemorrhagischen Blasen bedeckt ist, sind fast sämtliche befallenen Hautpartien ohne

Narbenbildung verheilt. Das Bad wird ausgesetzt, die Alkoholzufuhr beschränkt. Bis zum

Sonntag, den 27. IX. 96

keine Blasenneubildung; nachdem jedoch wieder einzelne kaum linsengrosse Bläschen sich zeigen, wird ein Versuch mit Strychnininjektionen à 0,003 gemacht; dieselben werden täglich wiederholt. Anhaltend guter Appetit; immer noch Schlaflosigkeit trotz täglicher Gaben von Chloralhydrat bis zu 5 gr. Pat. verlässt auf einige Stunden das Bett.

Montag, den 28. IX. 96.

Hanfkorngrosses Bläschen am linken Handrücken und an der Oberlippe. Die folgende Nacht war eine bessere.

Dienstag, den 29. IX. 96.

Neues Bläschen am Septum narium. Haselnussgrosse Blase im rechten Fussgelenk (Beugeseite). Ruhige Nacht. Pat. tagsüber ausser Bett. Juckreiz an den Armen besteht fort. Dagegen Ol. cadinum.

Mittwoch, den 30. IX. 96.

Die mit neuer Epidermis überkleideten Hautpartien an den Handgelenken, sowie die Stirne, soweit damals das Erythem reichte, zeigen besonders in den Abendstunden zeitweise plötzliche starke Rötung.

Freitag, den 2. X. 96.

Kleine Blase in der Mitte des Penis und an der Stirn; eine erbsengrosse Eruption am Unterleib. Nachts Schlaf.

Montag, den 5. X. 96.

Bläschen am Ballen der grossen rechten Zehe, 2 erbsengrosse Blasen am Unterleib. Allgemeinbefinden befriedigend. Von heute ab sistierten die Nachschübe.

Am 10. XI. 96 schreibt Pat., dass er sich den Umständen entsprechend wohl fühle.

Fassen wir nun die in einem Zeitraum von 10 Jahren von seite des Wiener k. k. Krankenhauses mitgeteilten Fälle zusammen, so erhalten wir folgendes Resultat:

Alter	Geschlecht		Summa	Früher constat. Leiden	Recidiv.	Ausgang.				
	M.	W.				Geheilt	Ungeheilt	Gebessert	Tod	Unbekannt
10—20	2	5	7	—	1	4	—	1	1	1
20—30	4	3	7	1	3	4	—	1	1	1
30—40	4	6	10	1	3	3	—	2	2	3
40—50	10	4	14	4	4	4	—	4	3	3
50—60	7	6	13	2	4	2	1	4	5	1
60—70	4	3	7	1	5	—	—	2	4	1
70—80	6	1	7	2	1	—	—	2	4	—
Unbekannt	2	1	3	—	—	1	1	2	—	—
Sa.	39	29	68	11	21	18	2	18	20	10

d. h. zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr trat unter den angeführten Fällen der Pemphigus am häufigsten auf, das männliche Geschlecht zeigt dem weiblichen gegenüber eine gewisse Prävalenz, wenn auch nicht in dem Grade wie Kaposi angibt, nach dessen Befunden das weibliche Geschlecht mit einem Drittel der Männer zählt. Verfolgen wir die einzelnen Fälle noch genauer, so finden wir die meisten Erkrankungen zwischen dem 40. und 45., 50. und 55. Lebensjahr (8 : 10) und auch hier wieder mehr Männer als Weiber (11 : 7) von dem Uebel befallen. Andere bereits bestehende Leiden konnten in 11 Fällen teils durch die Anamnese, teils durch die klinische Untersuchung, teils durch die Sektion nachgewiesen werden. So fand man: Intensive Nachtschweisse im Fall 5, verkalkte Herde und Schwielen in den Lungen, Verkalkung der Mesenterialdrüsen und Myofibrome im Fall 8, Tuberkulose der Lungen und des Darms, chronischer Magen-Darmkatarrh, Carcinom der Halslymphdrüsen, Cirrhose der Leber, Milz und Nieren im Falle 13, Phthise im Fall 25, Meningitis chronica, Myodegeneratio cordis mit Dilatation, Endarteriitis aortae, steatosis hepatis, Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus, Em-

physem im Fall 29 bei einem Potator, Tremor senilis im Fall 39, Tuberkulose und Magendilatation im Fall 45, Lupus im Fall 50, Carcinoma uteri im Fall 55, Tuberkulose im Fall 58, Migräne und nervöse Anfälle im Fall 65. Die Herzfleisch- und Leberverfettung bei dem 51jährigen Potator B. W. (30) dürfte wohl auch schon vor dem Auftreten des Pemphigus bestanden haben, konnte aber klinisch wahrscheinlich nicht festgestellt werden; ferner ist es wahrscheinlich, dass bei dem 50jährigen Alkoholisten D. W. (Fall 18) und dem 41 Jahre alten Taglöhner D. J. (Fall 22), der gleichfalls Potator gewesen war, irgendwelche pathologische Veränderungen im Gesamtorganismus vorhanden gewesen sind, wenn sie auch keine subjektiv oder objektiv nachweisbare Symptome zeigten.

Ich führe alle diese Befunde noch einmal hier an, weil ich glaube, dieselben aetiologisch verwerten zu können.

Interessant ist es ferner aus vorstehender Uebersicht zu erfahren, dass 21 von den 68 Fällen wiederholt wegen Pemphigus in Behandlung kamen und unter diesen auch solche sich befanden, welche früher geheilt entlassen wurden. Hieraus folgert, dass die in den Jahren 1880 mit 1890 aus dem Wiener k. k. Krankenhause als geheilt Entlassenen (18) nicht alle als wirklich, d. h. dauernd gesund angesehen werden dürfen. Rechnen wir diejenigen Fälle, deren Ausgang uns unbekannt blieb (10), zu den Gebesserten (18), so erhalten wir mit den Ungeheilten (2) und Verstorbenen (20) eine Summe (50), welche uns lehrt, dass der Ausgang der Krankheit in den meisten Fällen ein ungünstiger genannt werden muss.

Wir haben bis jetzt also erfahren, dass das Alter sowohl wie das Geschlecht bei den Erwachsenen eine Rolle spielt und finden in dieser Beziehung, speziell was das Geschlecht anlangt, unseren Befund mit dem der meisten Autoren übereinstimmend. Ob die Beschäftigung irgendwelchen Einfluss hat, darüber konnten wir wenigstens aus den obigen Fällen keinen

Aufschluss erhalten. Dass die Nationalität nicht in Frage kommen kann, beweisen zum Teil schon die Angaben unserer Vorfahren, zum Teil auch die der jetzt lebenden Autoren, nach denen Pemphigus in den verschiedensten Zonen und Ländern vorkommt. Der Jahreszeit wird von Manchen eine, wenn auch nicht massgebende Bedeutung zugemessen. So hält Landberg in seiner Dissertation über das Wesen des chronischen Pemphigus (München 1882) die Annahme für wahrscheinlich, dass die heisse Jahreszeit in der Aetiologie des Pemphigus, wenigstens des akuten, eine viel grössere Rolle spielt als bis jetzt angenommen wurde, und sucht diese Annahme durch die Beobachtungen von Bleynic, Cottle und Miroglio über Epidemien und einzelne Fälle in den Monaten Juli und August zu bekräftigen. Nachdem aber keine weiteren diesbezüglichen Beobachtungen vorliegen, dürfte der Einfluss der heissen Jahreszeit als ursächliches Moment nicht ins Gewicht fallen. Hebra erklärt es als willkürliche Annahme, die Erhitzung, resp. Erkältung als Krankheitsursache bei Pemphigus zu bezeichnen.

Unter den Nahrungs-, resp. Genussmitteln glaube ich auf grund der Beobachtungen aus dem Wiener Krankenhaus, sowie meiner eigenen in dem Fall K. H. dem Alkohol, insoferne er im Uebermass genossen wird, eine Beziehung zum Pemphigus nicht absprechen zu können. Wir sahen, dass in 5 unter 69 Fällen Potatorium konstatiert wurde. Wenn man berücksichtigt, welchen schädigenden Einfluss der chronische Alkoholismus auf die einzelnen Organe, sowie auf das Nervensystem ausübt, dass er oft zu tiefgreifenden, unheilbaren Störungen der Gesamtkonstitution Veranlassung gibt, dieselbe mehr und mehr schwächt und zu mancherlei Krankheiten disponiert, wird man sich einen Zusammenhang zwischen chronischem Alkoholismus mit dem Pemphigus der Erwachsenen erklären können. Darüber, dass schwächliche Constitution, Dyskrasie und Marasmus zu dieser Dermatose disponieren, finden wir zahlreiche Angaben in der Literatur (Reil,

Frank, Wichmann, Braune, Canstatt); dafür spricht auch der Pemphigus bei Syphilis und Lepra, bei Tuberkulose, Carcinom und den übrigen schon früher im Anschluss an die Wiener Krankheitsfälle erwähnten Allgemeinerkrankungen. Den Pemphigus der Potatoren erwähnt auch Ziemssen in seinem Handbuch. Für den lokalen Hautreiz als Entstehungsursache tritt Föhr ein („Ueber Pemphigus", Med. Corr.-Blatt, Band XLI, 1871), der 2 Fälle beobachtete, bei denen nach Applikation eines Blasenpflasters hinter den Ohren, resp. nach Waschen mit Lauge und grüner Seife Pemphigus auftrat. Ob die hierbei entstandenen Blasen gerade Pemphigusblasen waren, dürfte fraglich erscheinen. Hebra sagt, dass Hautreize noch so viele Blasen, aber nie einen Pemphigus erzeugen können. Heredität ist sicher festgestellt. Die Contagiosität wird von Steiner auf Grund von Impfversuchen geleugnet. Als Gegenbeweis für die Ansteckungsfähigkeit des Pemphigus dienen negative Impfversuche von Husson, Osanam und Martin, Hebra und vielleicht meine Beobachtung, dass bei Verletzungen während der Eröffnung von Blasen keine nachteiligen Folgen sich zeigten. Beyerlein C. (Aerztl. Intell.-Blatt, München XXV. 1878) nimmt ein Contagium an; nach Röser, Scharlau, Koch waren Impfversuche positiv. Die von Braune u. A. vertretene Ansicht, dass Störungen der Harnsekretion Anlass zu Pemphiguseruptionen gäben, dadurch, dass im Blute zurückgehaltene Excretionsstoffe durch die Haut ausgeschieden würden und Pemphigusblasen erzeugten (durch Reizung der Haut), findet keine Vertreter mehr, ebensowenig wie die Behauptung, dass Erkrankungen der Leber Pemphigus zur Folge hätten. Was die letzteren betrifft, wird es sich in den als Beleg für diese Behauptung angeführten Fällen wohl ebenso verhalten haben, wie in einigen der von mir wiedergegebenen, d. h. es werden diese Fälle, wie auch hier, auf eine Dyskrasie, resp. auf Marasmus zurückzuführen sein, bei dem gleichzeitig Leberaffektionen bestanden, vielleicht infolge von chronischem Alkoholismus.

Zur Zeit ist man am meisten zu der Annahme geneigt, dass Pemphigus mit Erkrankungen des Nervensystems in Beziehung zu bringen sei. Es wurden nämlich Pemphigus-eruptionen beobachtet bei Hysterie (Pemphigus hystericus), bei Genitalerkrankungen, deren Entstehung man sich auf reflektorischem Wege vorstellte, nach Nervenverletzungen, spontanen und traumatischen Neuritiden (Weir-Mitchell), Quetschungen mit nachfolgendem Herpes zoster und Pemphigus universalis (Schwimmer E., die neuropathischen Dermatosen. Wien 1883); ausserdem finden wir Schilderungen von Pemphiguseruptionen bei Leuten, welche abnorme Schweiss-sekretion zeigten (Kirchner, Archiv für Dermatologie und Syphilis, XXIV. p. 541, 1892), die in der Jugend an Epilepsie litten, nervös erkrankt waren und aus nervös belasteten Familien stammten (Mosler beobachtete eine 30jährige Frau, Betz Hermann einen Fall in der Klinik zu Greifswald im Jahre 1876, bei dem ein Nervenleiden bestand und in dessen Familie Epilepsie nicht selten war; Schultze, Landgraf und Eichhorst wissen von ähnlichen Fällen zu berichten). Die Gelegenheit, bei letal verlaufenen Fällen von Pemphigus, Veränderungen im Rückenmark zu beobachten (Sklerose der Goll'schen Stränge, Zellwucherungen an den Gefässen, in den hinteren Hörnern und Wurzeln, Hinter- und Seitensträngen, Schwund des Myelins, Fehlen der Achsencylinder) hatten Jarisch, Schwimmer-Babes, Ferraro. Kaposi fand diffuse Sklerose des Rückenmarks. Fälle nach lang bestandener Myelitis beschreiben Ochvostek, Brissand, Friedreich und Déjérine. Letzterer konstatierte auch in einem Falle Degeneration der Hautnerven im Bereich der Pemphigusblasen.

Unter den 68 Fällen aus der Wiener Klinik sowohl, als in dem selbstbeobachteten Falle wurden wiederholt Anomalien des Nervensystems festgestellt, wie intensive Nachtschweisse (Fall 5), Tremor senilis (Fall 39), Migräne und nervöse Anfälle (Fall 65). Ferner erwähnt der Bericht aus dem Jahre

1889 eines Falles mit Paralysis agitans (Fall 58?). Unserem Fall ging Neuritis vorher. Auch während des Krankheitsverlaufes mehrerer Fälle traten Symptome auf, welche ohne Zweifel auf einen causalen Zusammenhang des Pemphigus mit dem Nervensystem schliessen lassen; so darf wohl auch als Ausdruck einer nervösen Affektion die bis jetzt nur in einzelnen wenigen Fällen (Kirchner, Archiv für Dermatologie und Syphilis XXIV. p. 541, 1892; Mittag Hermann, Inaug.-Dissertation, Jena 1887; Mosler, Deutsche Medizin. Wochenschrift XVI. 22. 1896) erwähnte bei unseren Fällen jedoch ziemlich häufig beobachtete symmetrische Anordnung der Blasen angesehen werden. Wir begegnen derselben im Fall 5, 6, 13, 18, 25, 42 und bei dem zuletzt geschilderten. Ich glaube, dass dieses Symptom in ätiologischer Hinsicht nicht ohne Bedeutung ist und mehr Berücksichtigung verdient als bisher. Das Gleiche gilt von dem Befund, dass gewisse Stellen der Haut, z. B. die vola manus und planta pedis während der ganzen Krankheitsdauer vollkommen frei blieben. Ich erinnere mich diesbezüglich keines Falles in der mir zu Gebote stehenden Literatur, der dieser Thatsache widerspräche.

Auffallen musste ferner, dass gewisse Hautabschnitte häufig mit Vorliebe von dieser Dermatose befallen wurden. Als häufigsten Sitz der Erkrankung finden wir die Innenfläche der Oberschenkel, die Oberarme, Kniee und den Rücken angegeben. Danach ist wohl auch die Annahme gerechtfertigt, dass bestimmte Prädilektionsstellen vorhanden sind. Constant ist fast in allen Fällen eine anhaltende Schlaflosigkeit zu bemerken, die wohl auch als nervöses Symptom gedeutet werden darf.

Wenn nun auch die bisherigen Sektionsbefunde noch keinen sicheren Beweis dafür erbrachten, dass Erkrankungen des Nervensystems mit den Pemphiguseruptionen in einem kausalen Verhältnis stehen, hauptsächlich deshalb nicht, weil die einzelnen Befunde sich nicht decken (Babes fand Skle-

rose in den Goll'schen Strängen, Kaposi in der grünen und weissen Substanz gleichmässig verteilt, andere wieder nur in den Vorderhörnern), so sind dieselben doch nicht zu unterschätzen, weil sie eben bestätigen, dass das Rückenmark mitbeteiligt ist. Diese Befunde zusammen mit den klinischen Ergebnissen sprechen unzweifelhaft dafür, dass das Nervensystem in aetiologischer Hinsicht als ein wichtiger Faktor angesehen werden darf. Der Frage, wo der Erkrankungsherd zu suchen sei, ob in zentralen oder peripheren Nervengebieten, ist nun Gaule näher getreten. Derselbe hat durch Experimente am Frosch gefunden, dass durch Reizung vertebraler und symmetrischer Ganglien sich bestimmte prägnante Veränderungen in den Geweben erzielen lassen, die teilweise so rasch eintreten, dass er sie leicht mit den Augen verfolgen konnte, und zwar Veränderungen re- und progressiver Art (Atrophie und Verdickung der Haut). Kromayer sieht in diesem Resultat die Grundlage, auf der wir uns die Genese der sogenannten nervösen Entzündungen vorstellen können, bei denen die Hauptsache eine Störung der Lebensvorgänge und der Ernährung des Gewebes selbst ist, der Schwerpunkt für die Aetiologie und Pathologie also in dem Gewebe, nicht in dem Zirkulationsapparat gesucht werden muss. Der veränderte Chemismus der Gewebe gibt dann den lokalen Entzündungsreiz ab. Damit wäre auch die Annahme Auspitzs, dass bei der Bildung der Pemphigusblasen die Ernährungsstörung der Stachelzellen das Primäre sei und die Vermutung Kopps, dass diese Störung durch Nerven vermittelt wäre, bestätigt. Man nimmt nun als höchst wahrscheinlich an, dass es trophische Nerven, deren Existenz jedoch noch nicht erwiesen ist, seien, welche einen derartigen schädigenden Einfluss durch Vermittlung der im Rete sich verbreitenden Nervenendigungen auf die Ernährung der Stachelzellen ausüben und dass infolge dieser gestörten trophischen Innervation das Gewebe weniger resistenzfähig werde; an diese cachektische Beschaffenheit

des Epithels schliesst sich dann nach Zerstörung der jüngeren Epidermisschichten in der bereits erwähnten Weise die Blasenbildung an.

Werfen wir noch einen Rückblick auf den Fall eigener Beobachtung, so können wir auch bei diesem die Annahme eines kausalen Zusammenhangs der Dermatose mit dem Nervensystem auf Grund der zahlreichen klinisch nachgewiesenen nervösen Erscheinungen nicht mehr in Frage stellen.

Der Beginn der Krankheit mit Schüttelfrost, die rasch erfolgten Blasenausbrüche und deren grosse Ausdehnung, die anhaltenden Nachschübe, der typhöse Charakter der Krankheit, das hohe Fieber, der Nachlass der Blasenbildung mit dem Abfall der Temperatur, die vierwöchentliche Dauer und das Sistieren der Blaseneruptionen nach dieser Zeit veranlassen mich, diesen Fall den akuten Pemphigusfällen zuzuzählen und als Ursache der Krankheit eine durch chronische Neuritis alcoholica veranlasste Cachexie anzunehmen. Diese Annahme halte ich durch die bereits erwähnten klinischen Befunde begründet. Die Diagnose dürfte demnach lauten: Pemphigus neuriticus acutus.

Die Prognose dieses Falles war mit Berücksichtigung des gesamten Symptomenkomplexes (zahlreiche, rasch aufeinander folgende Eruptionen, hohes Fieber, typhöse Erscheinungen, ständiger Juckreiz, andauernde Schlaflosigkeit, Schwund der Kräfte, rasche und starke Abmagerung) keine günstige.

Alle Fälle mit derartigen Krankheitsbildern müssen zu den prognostisch ungünstigsten gerechnet werden; ebenso der Pemphigus foliaceus und vegetans. Solche ohne Temperatursteigerungen, mit wenigen und nur vereinzelt aufschiessenden prall gefüllten Blasen bei gut genährten und kräftigen Individuen lassen eine bessere Vorhersage zu.

Diagnostisch dürfte dieses Uebel wohl nur im Beginn Schwierigkeiten machen und zu Verwechslungen mit Herpes zoster, Eczema bullosum, Erythema exsudativum, Urticaria

bullosa, künstlich hervorgerufenen Blasen und sonstigen mit Blasenbildung einhergehenden Hautkrankheiten Veranlassung geben.

Die Therapie ist bei der bis jetzt wahrgenommenen Nutzlosigkeit aller internen Mittel nur eine locale. Von allen örtlich angewandten Mitteln (Puder, Einpinselungen, Salbenverbände) verdient unter allen Umständen das Bad, speziell das permanente Bad, den Vorzug. In den meisten Fällen ist es überhaupt unentbehrlich. Nun ist es sicher nicht leicht, ein derartiges Bad herzurichten und zu unterhalten, zumal in der Privatpraxis. Es bedarf hiezu von seite des Wartepersonals grosser Mühe und Geduld. Vielleicht ist die Schilderung einer in dem selbstbeobachteten Falle angewandten und leicht, ohne besondere Kosten, herstellbaren Vorrichtung zu einer ständigen und gleichmässigen Wasserzufuhr und Erwärmung des Badewassers ohne jede Belästigung des Patienten, welche bei Erneuerung grösserer Wassermengen unvermeidlich ist, Veranlassung, bei Benötigung eines permanenten Bades, den Wärtern manche Arbeit, dem Patienten manche Belästigung fernerhin zu ersparen und zur mehrseitigen Anwendung solcher Bäder auch in Privatkreisen beizutragen.

In besagtem Falle wurde mit dem Hahn eines Wasserleitungsrohres in einem dem Krankenzimmer benachbarten Gemache ein Bleirohr von ungefähr $1^1/_2$ cm Durchmesser mittels Schlauches in Verbindung gebracht, in die, wie erwähnt, unbrauchbare heizbare Badewanne A geleitet, daselbst mehrmals korkzieherartig aufgewunden, alsdann durch eine provisorische Oeffnung der Zwischenwand beider Zimmer bis zum Boden der neben dem Krankenbett befindlichen Badewanne B geführt. In den die Abflussöffnung am Fussende der Wanne B verschliessenden Kork wurde ein Niveaurohr von gleichem Durchmesser eingelassen, so dass das Badewasser ständig, jedoch nicht rascher abfliessen konnte, als es zugeleitet wurde. Den Boden der Badewanne B deckte

ein mit warmem Wasser gefülltes Wasserkissen, das man auf einem unten durch Bleiplatten beschwerten hölzernen Rost befestigte, um das Schwimmen desselben zu verhüten. Zur Stütze des Kopfes wurde das Kopfende der Wanne B mittels am Boden befestigten Riemen mit Wachstuch überspannt und auf dasselbe ein kleines Luftkissen gelegt. Die Wanne A wurde nun mit Wasser gefüllt, letzteres auf ungefähr 50° R. erhitzt und ständig auf dieser Temperatur erhalten; hierauf der Wasserleitungshahn halb geöffnet, so dass das Leitungswasser nicht unter zu hohem Druck das Bleirohr durchfloss, in dessen vom heissen Wasser der Wanne C umspülten Windungen das Wasser indirekt erwärmt und so der Badewanne B zugeleitet wurde. So konnte das Badewasser ständig und, wie die Messungen ergaben, auch gleichmässig auf der dem Kranken angenehmen Temperatur von 30° erhalten und auch teilweise erneuert werden. Durch Auf- und Zudrehen des Hahns konnte rasch eine Aenderung der Wasserwärme im Bade erzielt werden. Es bedurfte jetzt nur mehr der Unterhaltung des Feuers für die Wanne A. Die Wasserleitung lässt sich im Notfalle durch ein mit einem Hahn versehenes Fass z. B., die heizbare Wanne A durch einen heizbaren Wasserbehälter, das Wasserkissen durch eine wollene Decke ersetzen. Der Zinksalbenmull wurde immer erst im Bade nach dessen Erweichung gelöst oder fiel selbst ab.

Durch ein solches Bad genügt man am besten allen Indicationen. Die reizende Luft wird von den Wundflächen abgehalten, Zersetzung der Sekrete, deren Retention und Resorption verhindert, Krusten werden erweicht und abgeschwemmt. Verklebung wird vermieden, die Ueberhäutung dadurch unterstützt und die neugebildete Epidermis erhalten. Es bessert sich im Bade das Allgemeinbefinden und dem Kranken ist die Möglichkeit gegeben, sich freier und schmerzlos zu bewegen. Das Bad ist nicht nur ein Linderungs- sondern auch Heilmittel.

An dieser Stelle gestatte ich mir nun, meinen hochzuverehrenden Lehrern, Herrn geheimen Rat Dr. v. Ziemssen für die gütige Uebernahme des Referats sowie Herrn Professor Dr. Moritz für die freundliche Ueberweisung des Falles, meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Bamberger, Würzburger Med. Zeitschrift 1890.

Niemeyer, F. v., Lehrbuch der spez. Pathologie u. Therapie. 1877.

Beyerlein, C., Beitrag zur Lehre vom Pemphigus (Aerztl. Int.-Blatt München 1878).

Schmidts Jahrbücher 1880, 1881, 1889, 1890, 1893.

Ziemssen, H. v., Handbuch der Hautkrankheiten, Leipzig 1884.

Kopp, C., Die Throphoneurosen der Haut, Wien 1886.

Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1892.

Pentzoldt-Stintzing, Handbuch der spez. Therapie innerer Krankh., Jena 1895.

Kromayer, E., Allgemeine Dermatologie der Hautkrankh., Berlin 1896.

Eichhorst, H., Handbuch der spez. Pathol. u. Therapie, Wien und Leipzig 1896.

Kaposi, Pathol. und Therapie der Hautkrankheiten, Wien 1893.

Schwimmer, Die neuropath. Dermatosen, Wien 1893.

Med. Corresp.-Blatt, Bd. XLI.

Berichte des k. k. Krankenhauses zu Wien 1880 mit 1890.

Sandberg, Levi, Beitrag zur Frage über das Wesen des chron. Pemphigus. Inaug.-Dissert. München 1892.